Ueber einen Fall

von

subphrenischem Abscess.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt von

Rudolf Muck

appr. Arzt

Landstuhl (Rheinpfalz)

München.

Buchdruckerei von M. Ernst.

1894.

Ueber einen Fall

von

subphrenischem Abscess.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt von

Rudolf Muck

appr. Arzt

Landstuhl (Rheinpfalz).

München.

Buchdruckerei von M. Ernst.

1894.

Rectoratsjahr 1893/94.

Gedruckt mit Genehmigung

einer hohen

medicinischen Facultät

der

kgl. Ludwig-Maximilians-Universität

in München.

Der Decan
Herr Geheimrath Professor
Dr. v. Rothmund.

Der Referent
Herr Obermedicinalrath Professor
Dr. Bollinger.

Seiner lieben Mutter

in

Dankbarkeit gewidmet

vom

Verfasser.

»Es handelt sich natürlich nicht um selbstständige, sich im subphrenischem Raume abspielende Erkrankungsvorgänge, sondern um Folgezustände verschiedenartigster Erkrankungen der benachbarten Organe.

Die subphrenischen Abscessräume finden ihre Grundfläche rechterseits durch die convexe obere Seite der Leber, linkerseits durch die hier mehr oder weniger mobilen, subphrenisch gelegenen Organe: Magen, Milz, Querkolon und benachbarte Theile, welche durch entzündliche Adhäsionen fest mit einander verwachsen, eine unter Umständen hinreichend haltbare Bodenfläche für die Abscessräume herstellen.

Die Bedachung der Abscesse wird beiderseits durch die Kuppe des Zwerchfells dargestellt. (Herrlich. Ueber subphrenische Abscesse. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 9, 1886.)

Die gesammte einschlägige deutsche, englische, französische, russische, italienische und dänische Litteratur findet sich in Schmidt's Jahrbuch der Medicin zusammengestellt, sodass an dieser Stelle auf ihre Wiedergabe verzichtet werden kann.

Durch die Güte des Herrn Obermedicinalrathes Professor Dr. Bollinger wurde mir ein Fall dieser Art zur Veröffentlichung überlassen, der aus der chirurgischen Klinik des Herrn Professor Dr. Angerer stammt. Der Fall war ziemlich symptomlos unter den Zeichen einer einfachen starken Bronchitis verlaufen. Die Krankengeschichte, die sich übrigens mehr mit einem schlecht heilenden, ausgedehntem ulcus cruris

beschäftigte, bot daher keine Anhaltspunkte, um schon vor der Section die Diagnose auf »subphrenischen Abscess« stellen zu können.

Krankengeschichte.

Dusch Magdalene, 64 Jahre alt, Hausmeistersfrau, trat am 23. April 1894 in die chirurgische Klinik zu München ein.

Anamnese.

Patientin suchte wegen Husten, Schwäche und Appetitlosigkeit um Aufnahme in das Krankenhaus nach. Patientin gibt an, dass sie schon seit Monaten an Husten und Brustschmerz leide, die sich aber seit 4 Wochen verschlimmert hätten. Ferner sagt die Kranke aus, dass sie vor 3 Jahren infolge Varicositas ein Fussgeschwür am linken Unterschenkel bekam. Seit dieser Zeit unterzog sie sich verschiedenen Heilversuchen. So wurde die Wunde in der Poliklinik exkochliiert. Doch nahm die Geschwürsfläche stets zu.

Status. Am rechten Unterschenkel ein 10 cm langer, oben 6 cm, unten 4 cm breiter ulcus bis an den Malleolus internus reichend, nässend, mit scharf abfallenden zackigen Rändern, ausserdem auf der Aussenseite ein 5 cm langes und 3 cm breites Geschwür von gleicher Beschaffenheit. Varicösitaet des Beines. Die Kranke ist stark abgemagert. Ueber beiden Lungen sind bei

gleichem Percussionsschall reichliche Rasselgeräusche zu hören.

23. April. Der Husten hat sich bedeutend vermindert und ist nur Nachts stärker vorhanden.

28. April. Verschlimmerung des Bronchialkatarrhs infolge der kalten Witterung. Lästiger quälender Husten. Leichte Temperatursteigerung. Allgemeinbefinden ziemlich gut. Das Geschwür zeigt gute Granulationsbildung.

1. Mai bis 1. Juni. Unter wechselnder Ab- und Zunahme des Hustens und der Menge des Sputums, wechselt auch die Temparatur, die sich nie über 38,4° erhob. Dabei war das Allgemeinbefinden ziemlich gut und der ulcus zeigte Heilungstendenz.

11. Juni. Abtragung der schlechten Granulationen am ulcus mit cochlea und Transplantation (nach Thiersch) vom rechten Oberschenkel. Husten nicht gebessert.

20. Juni. Die Brustbeschwerden dauern fort. Die Epidermis ist angeheilt, aber nicht fest. Jodoformpulververband.

26. Juni. Epidermis hat sich an der Aussenseite des Oberschenkels wieder abgehoben.

Patientin ist sehr schwach.

28. Juni. Um 8¾ h. a. m. exitus letalis.

Sectionsbericht.*)

Stark abgemagerte, senile weibliche Leiche. Musculatur atrophisch. Abdomen eingezogen und pigmentiert. Unter-Extremität oedematoes. An der Aussen-

*) Sections-Journal des Patholog. Instituts Nr. 402. 1894.

seite des linken Unterschenkels ein handtellergrosser, granulierender Substanzverlust der Haut. Atrophisches Fettpolster. Trockene, blasse Musculatur. Im kleinen Becken keine Flüssigkeit. Zwerchfellstand beiderseits 5. Rippe. Herzbeutel handtellergross vorliegend. Linke Lunge ist frei, im linken Pleuraraum finden sich 3 Esslöffel klarer Flüssigkeit. Rechte Lunge ist nach oben und unten stark verwachsen. Im Pleuraraum ist 1/2 Liter klarer Flüssigkeit. Bei der Herausnahme der Lunge reisst eine von Eiter erfüllte Höhle ein.

Linke Lunge gross, sehr leicht. Pleura glatt. An der Spitze kreidige Knötchen. Gewebe blass, trocken, luftkissenartig. Die Bronchien mit schmierigem, trockenen Eiter gefüllt.

Rechte Lunge ist im Bereich des Unterlappens eingerissen. An der tiefsten Stelle eine mannsfaustgrosse Höhle mit fetzigen Wandungen, an denen Eiterfetzen anhängen. An der Spitze des Oberlappens ein wallnussgrosser verdichteter Heerd, in dem sich central eine zwetschenkerngrosse mit käsigem Inhalt erfüllte Höhle befindet. In der Umgebung mehrere kleine bronchiectatische Höhlen. Das übrige Gewebe ist blass und lufthaltig. Der Unterlappen ist in der beschriebenen Höhle fast ganz aufgegangen. Das noch übrige Gewebe ist von chocoladebrauner Farbe und vermehrter Consistenz. Die Bronchien sind mit schmierigem Eiter bedeckt, die Bronchialdrüsen sind bohnengross geschwellt.

Herz ist schlaff und welk, mit reichlichem subepicardialen Fett. Coronararterien stark geschlängelt. Der

rechte Ventrikel ist von Hühnereiweite. Die muscul. Wand stark mit Fett durchwachsen. Der linke Ventrikel ist hühnereigross. Endocard streifig getrübt. Mitralklappe mit hahnenkammartigen warzigen Prominenzen. Muskulatur brüchig.

Milz ist klein. Die Kapsel schlaff, gerunzelt. Pulpa weich. Gerüst deutlich. Malpighische Körperchen kaum erkennbar.

Magen ist klein, mit gelblichem Inhalt mässig gefüllt. Die Schleimhaut ist dünn und erweicht, von schiefergrauer Farbe. Die dünnen Gedärme durch Gas etwas aufgetrieben. Im untern Theil fast kein Inhalt Im Coecum und Colon etwas breiiger, bräunlicher Kot. Schleimhaut ist blass. Die Follikel sind nicht geschwellt.

Leber ist klein, sehr atrophisch, mit deutlicher Schnürfurche. Am oberen Theil des rechten Leberlappens entsprechend der höchsten Zwerchfellkuppe da, wo das Zwerchfell an den Unterlappen der rechten Lunge grenzt, befindet sich in der Leber unter einer handtellergrossen mit schmierigem Eiter bedeckten Fläche ein mehr als wallnussgrosser prominenter, mit welligen Rändern umgebener und käsigem Eiter erfüllter Herd. Die Wand ist von graugelben Knötchen durchsetzt. Das übrige Leberparenchym atrophisch. Die acinoese Zeichnung ist undeutlich, die Gallenblase kaum kirschkerngross.

Die linke Niere ist klein, mit unbedeutender Fettkapsel und adhaerenter fibroeser Kapsel. Auf dem Durchschnitt sind Mark und Rinde undeutlich ge-

schieden. Consistenz ist vermehrt. Nierenbecken erweitert. Parenchym deutlich reduciert.

Rechte Niere mit granulierender Oberfläche, sonst wie die linke.

Anatomische Diagnose.

Chronische Tuberculose der rechten Lunge mit Cavernenbildung im rechten Unterlappen und Durchbruch durch das Zwerchfell in die Leber. Tuberculoser Abscess des rechten Leberlappens (subphrenischer Abscess). Verucoese Endocarditis der Mitralis. Braune Atrophie des Herzens. Senile Atrophie der Nieren.

Epikrise.

Die Section ergab also in diesem Falle einen subphrenischen Abscess und zwar einen Abscess der Leber, ausgegangen von einer Caverne des Unterlappens der rechten Lunge. Die Caverne perforierte rechts das Zwerchfell an jener muskelarmen, fast durchsichtigen Stelle, welche als locus minoris resistentiae bekannt ist und drang in den rechten Leberlappen, wo sich ein Abscess herausbildete. Die Aetiologie des subphrenischen Abscesses ist also in diesem übrigens höchst seltenen Falle sehr klar. Gewöhnlich (in einem Drittel aller Fälle) sind es geschwürige Prozesse im Intestinaltraktus,

welche zur Perforation führen. Derartige perforierende Geschwüre sind meistens im Magen, Duodenum und im Processus vermiformis lokalisiert. Es bildet sich alsdann ebenso wie in diesem Falle auch nach der Perforation von Magen- und Darmgeschwüren eine meistens abgesackte eitrige Peritonitis heraus. Als weitere Ursache dieser Affektion gibt die Statistik Carcinom des Oesophagus, Cholelithiasis, Endocarditis ulcerosa, Paranephritis, Echinococcus, Trauma, Typhlitis, Milzabscess und Pneumonie an.

Leberabscesse, bei denen nicht an irgend einer Stelle des Körpers der Ausgang des Prozesses nachgewiesen werden kann, sind in den gemässigten Zonen selten. Dagegen setzt in den Tropen, wo die Leberaffektion scheinbar primär auftritt, der Entzündungserreger nur in der Leber bleibende Veränderungen.

Ziegler nimmt an, dass in allen Fällen eine eitrige Entzündung der Leber oder ein Leberabscess nur dann entsteht, wenn Eiterung erregende Bakterien entweder aus der Aussenwelt oder aus einem anderen Gewebe des Organismus in die Leber gelangen.

In den meisten Fällen verläuft der Leberabscess oder die Primärerkrankung, welche seine Bildung veranlasste, letal. Doch werden manchmal die Abscesse von Granulationsgewebe umhüllt und gegen die Umgebung durch eine Membran abgegrenzt. Bei kleinen Abscessen kann der Eiter resorbiert werden und es bleibt nur eine Narbe zurück. Ja selbst umfang-

reichere Processe können durch Resorption und Eindeckung des Eiters sich erheblich verkleinern und schrumpfen. Die eingedeckte Masse wird alsdann von dichtem Bindegewebe umschlossen und kann verkalken. Häufig bricht der Process in die Nachbarschaft durch. Am günstigsten ist noch der Fall, dass der Abscess nach Verlötung der Leber mit der Bauchwand oder dem Diaphragma und der Lunge oder mit dem Darm nach aussen oder in den Darm oder in einen angrenzenden Lungenbronchus durchbricht. Am schlimmsten ist ein Durchbruch in Pleura, Herzbeutel oder Peritoneum. Ob es in letzterem Falle zur allgemeinen Entzündung der genannten serösen Häute oder nur zur lokalen kommt, darüber entscheiden die in Folge der Anwesenheit des Abscesses gebildeten Adhäsionen der Leber mit der Nachbarschaft.

Was nun endlich die Diagnose der Leberabscesse in vivo betrifft, so fasst Pel, der 25 Fälle selbst beobachtete, seine Ansicht in folgenden Sätzen zusammen:

1) Neben einem meist chronischen hektischen Fieber ist die Volumenzunahme der Leber das selten fehlende Zeichen eines Abscesses. Sie charakterisiert sich durch
   a) Vergrösserung des rechten Leberlappens nach oben,
   b) durch die mehr oder weniger convexe Begrenzung der nach oben dislocierten Lungenlebergrenze,

c) durch die aufgehobene, bezw. beschränkte Beweglichkeit der Lungenlebergrenze sowohl beim Atmen als auch beim Einnehmen der linken Seitenlage;

2) Schmerzen in der Lebergegend mit Irradition nach rückwärts und nach der rechten Schultergegend. Psychische Depression. Anorexie. Schlaflosigkeit. Abmagerung.

3) Die bekannten aetiologischen Elemente.

Verfasser betont aber, dass sich manche Abscesse durch wenig ausgeprägte Krankheitserscheinungen, kleinen Umfang und centralen Sitz gänzlich der Diagnose entziehen. Auch in dem von mir beschriebenen Fall waren, wie aus der Krankheitsgeschichte hervorgeht, die Schmerzen und übrigen Krankheitserscheinungen trotz der beträchtlichen Grösse des Abscesses so wenig hervortretend, dass die Diagnose erst bei der Section gestellt werden konnte.

Beaver macht auf ein frühzeitiges Symptom der Verwachsung des Bauchfells mit der Leberoberfläche bei Leberabscessen aufmerksam. Dasselbe besteht in einer ganz circumscripten Schmerzhaftigkeit bei Druck über der Lebergegend, welche durch die sich entwickelnde adhaesive Peritonitis bedingt wird. Auf diese Erscheinung gestützt, hat Beaver in einem Fall von Leberabscess bei einem 16jährigen jungen Mann die Incision nach vorhergegangener Cocaineinspritzung gemacht. Das Messer wurde einen Zoll tief eingestochen

und ein Schnitt von einem halben Zoll Länge gemacht, der eine Abscesshöhle eröffnete, die mit blutigem, übelriechendem Schleim gefüllt war. Nach Auswaschen mit Sublimatlösung und Einlegen eines Drains erfolgte schnelle Heilung.

Bertrand, der sich auch viel mit dem Nachweis von Mikroorganismen in den Leberabscessen beschäftigte, macht auf die Bedeutung des peritonealen Reibegeräuschs (le frottement périhépatique) aufmerksam, weil letzteres nur dann entstehen könne, wenn der Abscess bis an die Peripherie der Leber vorgedrungen sei und zu einer sekundären circumscripten Entzündung Veranlassung gegeben habe.

Es ist leicht verständlich, dass bei diesen subphrenischen Abscessen der chirurgische Eingriff als bestes Heilverfahren und zur Sicherstellung der Diagnose mit Recht eine grosse Rolle spielt.

Zum Schluss möchte ich daher ein Verfahren operativer Behandlung derartiger Affektionen erwähnen, wie es Professor Renvers besonders für die allgemeine Praxis und die Verhältnisse in kleinen Städten oder auf dem Lande empfiehlt. Ein mittelstarker Troikart wird in die Abscesshöhle gestochen, das Stilet zurückgezogen und durch die Canüle ein eng anliegender Nélaton'scher Katheter eingeführt. Darauf wird die Canüle über dem Katheter entfernt und die Eiterentleerung kann ungestört stattfinden. Will man

ganz sicher eine Infection des Wundkanals vermeiden, so empfiehlt es sich, den Troikart einige Tage liegen zu lassen, bis Verlötungen in seiner Umgebung eingetreten sind.

Am Schlusse meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, meinen hochverehrten Lehrer Herrn Obermedicinalrath Professor Dr. Bollinger für die gütige Ueberweisung des Falles und die Unterstützung bei der Arbeit meinen tiefgefühlten Dank auszusprechen. Ebenso sage ich Herrn Professor Dr. Angerer meinen verbindlichsten Dank für die liebenswürdige Ueberlassung der Krankheitsgeschichte.

Litteratur.

1. Virchow's Archiv Bd. IV.
2. E. Leyden, Ueber Pyopneumothorax subphren. Zeitschr. für klin. Med. Bd. I p. 320.
3. Carl Jaffé, Ueber subphrenische Abscesse. Deutsche med. Wochenschrift 1881 No. 16.
4. Pfuhl, Berliner klin. Wochenschrift 1877 No. 5.
5. Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXVII p. 555.
6. E. Leyden und Renvers, Ueber Pneumothorax subphren. Berliner klin. Wochenschrift 1892 No. 46.
7. Ziegler, Pathologische Anatomie Bd. II.
8. Morgenstern, Ueber subphren. Abscesse. Inauguraldissertation. Greifswald 1892.
9. Pel, Ueber die Diagnose der Leberabscesse. Berl. klin. Wochenschrift 1890 No. 34.
10. Bertram L. E., Frottement périhépatique et abris du foie. Gaz. hebd. No. 40.
11. Schmidt's Jahrbücher.
12. Schlagermann, Zwei Fälle von subphren. Abscess. Inauguraldissertation. München 1893.
13. Beaver D., Anote on the early diagnosis of peritoneal adhaesions in abscess of the liver. Med. news Febr. 1890.